

**ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES INTERPERSONALES EN NIÑOS COLOMBIANOS
CON SÍNDROME DE ASPERGER**

DIANA XIMENA IBÁÑEZ VINCHERY

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIRIGIDA POR: PH.D. MARÍA BELEN GARCÍA-MARTÍN

**Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Escuela de Posgrados
Maestría en Psicología Clínica
Bogotá, D.C.
2019**

SE INSERTA EN ESTA PÁGINA EL ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

SE INSERTA EN ESTA PÁGINA EL ACTA DONDE SE OTORGA DISTINCIÓN SI ES EL CASO, YA SEA DEL CONSEJO SUPERIOR O DEL CONSEJO ACADÉMICO DEPENDIENDO SI ES LAUREADA O MERITORIA RESPECTIVAMENTE

Agradezco a Dios y la Santísima Virgen María por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, junto con la persona que recupero mi esperanza en la humanidad, el Padre Manuel Acevedo quien se convirtió en mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad, al permitir ser instrumento de Dios. A mi madre Bertha por ser mi pilar fundamental, por cada esfuerzo y principalmente por su gran ejemplo de valentía y amor para convertirme en una gran mujer. A mis amigos, principalmente a la familia Santana que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad y de manera especial a mi tutora de tesis, por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Aspectos metodológicos	26
Justificación y Problema de investigación	26
Objetivos	27
Diseño	28
Variables	28
Hipótesis	30
Participantes	30
Instrumentos	31
Procedimiento	34
Análisis de datos	35
Consideraciones éticas	35
Resultados	37
Discusión	47
Conclusiones	50
Limitaciones y Sugerencias	51
Referencias	52

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Estadísticos descriptivos de Habilidades de Solución de Conflictos Interpersonales	37
Tabla 2	Estadísticos descriptivos de nivel de Adaptacion Personal, Social y Escolar	38
Tabla 3	Estadísticos descriptivos de Inteligencia, Razonamiento Abstracto y Comprensión	38
Tabla 4	Social ANOVA de medidas repetidas para variable ESCI Emociones	39
Tabla 5	ANOVA de medidas repetidas para variable ESCI Causas	40
Tabla 6	ANOVA de medidas repetidas para variable ESCI Soluciones	40
Tabla 7	ANOVA de medidas repetidas para variable ESCI Total.	41
Tabla 8	ANOVA de medidas repetidas para variable TAMAI Personal	42
Tabla 9	ANOVA de medidas repetidas para variable TAMAI Social	43
Tabla 10	ANOVA de medidas repetidas para variable TAMAI Escolar	44
Tabla 11	ANOVA de medidas repetidas para variable Inteligencia Razonamiento	45
Tabla 12	ANOVA de medidas repetidas para variable Inteligencia Comprensión	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Emociones	39
Figura 2	Causas	40
Figura 3	Soluciones	41
Figura 4	Total de Habilidades de Solución de Conflictos Interpersonales	42
Figura 5	TAMAI Personal	43
Figura 6	TAMAI Social	44
Figura 7	TAMAI Escolar	45
Figura 8	Inteligencia Razonamiento	46
Figura 9	Inteligencia Comprensión	47

Resumen

Diversas investigaciones señalan que un buen nivel en Habilidades Interpersonales en general y en niños con Asperger en particular, contribuye a desarrollar mejores interacciones sociales y a su vez, disminuye la probabilidad de dificultades emocionales y alteraciones conductuales como la auto o hetero-agresión, asociadas al déficit de interacciones o el fracaso en las mismas. Por otro lado, se encuentra que en el país, los estudios interventivos que soportan el impacto de dicho entrenamiento sobre las interacciones sociales son muy pocos, limitándose a metodologías descriptivas, correlacionales y revisiones teóricas. El presente estudio tiene como objetivo determinar el efecto del entrenamiento en Habilidades Interpersonales en niños con Asperger colombianos. Este proyecto se desarrolló con 24 niños con Síndrome de Asperger (entre 7 a 15 años). De diseño cuasi-experimental con medidas pretest-posttest y grupo control en lista de espera. Tras la intervención en Habilidades Interpersonales, los niños con SA del grupo experimental evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Habilidades de Solución de Conflictos Interpersonales y Adaptación.

Palabras clave: Habilidades Interpersonales, Autismo, Síndrome de Asperger, Adaptación, ESCI.

Abstract

Several studies indicate that training in interpersonal skills, develop better social interactions and in turn, decreases the likelihood of emotional difficulties and behavioral alterations such as self or hetero-aggression, associated with the deficit of interactions or failure in them. On the other hand, it is found that in the country, the interventional studies that support the impact of such training on social interactions are very few, limited to descriptive methodologies, correlations and theoretical revisions. The objective of this study is to determine the effect of Interpersonal Skills training on children with Colombian Asperger syndrome. This project refers to 24 children with Asperger syndrome (between 7 and 15 years old). Quasi-experimental design with pre-posttest measures and control group on the waiting list. After the intervention in interpersonal skills, children with SA (Asperger syndrome) of the experimental group showed statistically significant differences in the levels of Interpersonal Conflict Resolution and Adaptation Skills.

Keywords: Interpersonal Skills, Autism, Asperger Syndrome, Adaptation, ESCI.

Entrenamiento en Habilidades Interpersonales en niños con Asperger colombianos

1. HISTORIA Y DEFINICIÓN DE AUTISMO

El término Autismo procede de la etimología griega “autos” que significa “consigo mismo”, utilizado por primera vez por el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler en la ciudad de Viena, quien lo introduce en la literatura médica en 1911 en la monografía *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. En este tiempo había confusión por saber si el autismo era una entidad separada o podía ser una variación tanto de la esquizofrenia como del retraso mental; por lo tanto, los psiquiatras infantiles tendían a usar los diagnósticos de autismo, psicosis infantil y esquizofrenia infantil como un concepto que podía ser intercambiable. Sin embargo, es hasta 1980 cuando se establece un criterio más formal con el cual diagnosticar el autismo, siendo incorporado en el Manual Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III) convirtiéndolo en una entidad con mayor reconocimiento denominada “autismo infantil” (Artigas & Paula, 2011; Cohen, 2010; Garrabe, 2012; Toth & King, 2008).

En 1995 Lorna Wing desarrolla el concepto de Espectro Autista, quien hace la aclaración de que no debe considerarse como una enfermedad sino como un conjunto de síntomas definidos por la conducta, los cuales pueden ser asociados a diferentes trastornos neurológicos y de nivel intelectual variado. Hace referencia que aunque en alteraciones del desarrollo y retrasos exista sintomatología autista no necesariamente pertenecen a una misma categoría diagnóstica. Por otro lado se proponía considerar un continuo de este trastorno identificando el déficit en la interacción social como síntoma principal, definido en lo que se reconoce en la literatura como la triada de Wing que describe las dimensiones de reconocimiento social, la comprensión social y la comunicación social. De esta manera una persona estaría contemplada en un cuadro autista si muestra deficiencia en estas tres áreas independientemente de que presente o no otros

síntomas (Calle & Utria, 2004; Mulas, Ros-Cervera, Milla, Etchepareborda, & Montserrat, 2010).

Por otro lado, el psiquiatra infantil Michael Rutter perteneciente al Instituto de Psiquiatría de Londres, basándose en el estudio realizado por Víctor Lotter, mostró que existía una tasa de 4 niños por cada 10.000 con autismo, lo cual contribuyó a la clasificación y definición del mismo permitiendo diferenciarlo de otras patologías como la esquizofrenia infantil u otros trastornos del desarrollo, por tanto en 1978 ya era el autismo una categoría diferencial o se era autista o no (Cohen, 2010). Además, en este tiempo ya se incluía el déficit en sus funciones ejecutivas término utilizado por Ozonoff, Pennington y Rogers (1991) para describir las habilidades que comprenden estrategias de solución de problemas, control de impulsos, planificación, inhibición de respuestas automáticas, flexibilidad de pensamiento y acciones. La dificultad en estas habilidades genera en las personas con Autismo, conductas rígidas con tendencia a seguir rutinas, conductas perseverantes, intereses limitados, comportamientos estereotipados, fijación en detalles que persisten aunque el entorno demande cambios continuos. Otra característica contemplada por Riviére (1997) dentro del espectro autista está basada en el testimonio de Temple Gardin una persona con Autismo quien reporta los problemas sensoriales y perceptivos vividos durante toda su vida, puesto que presentaba baja tolerancia a los ruidos altos y al tacto, ya que sentía que los ruidos le dañaban sus oídos, además de abstenerse de tocar para evitar sensaciones que le agobiaban (Calle & Utria, 2004).

Las descripciones y manifestaciones hechas a lo largo del tiempo sobre el Autismo han sido amplias, sin embargo después de diversas variaciones del término el DSM-IV-TR (APA, 2002) lo incluye dentro de los trastornos generalizados del desarrollo compuesto por cinco categorías: Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo

Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado, haciendo referencia a tres criterios que deben estar presentes en un cuadro autista y por tanto deberían ser evaluados. Estos criterios están compuestos por alteraciones en el lenguaje y la comunicación, patrones de comportamiento e intereses restringidos y estereotipados, además de alteraciones en la interacción social. De este modo, en lo que respecta a las alteraciones del lenguaje y la comunicación, denotan una afectación en el lenguaje verbal y no verbal, generando un retraso en el desarrollo del mismo e incluso una ausencia total. En los sujetos que desarrollan un habla suele observarse entonación, volumen, velocidad, ritmo y acentuación anormales; así como una dificultad en la comprensión que les impide seguir instrucciones sencillas y comprender aspectos humorísticos o no literales.

En cuanto a patrones de comportamiento, intereses y estereotipias, se observan intereses restringidos preocupándose constantemente por algo muy limitado o concreto como botones o partes del cuerpo según la vinculación que sientan por los estímulos. De igual manera presentan adhesión a rituales específicos que no resultan funcionales, tales como, alinear juguetes una y otra vez sin permitir ningún tipo de alteración así como realizar movimientos estereotipados que incluyen movimiento repetitivos como balancearse o aletear. Por último, se señalan las alteraciones en la interacción social en donde hay una deficiencia notoria para reproducir un interés o reciprocidad social y emocional, por tanto existe una incapacidad para establecer relaciones con pares incluyendo sus hermanos, debido a que en estos sujetos suele no evidenciarse una búsqueda espontánea de intereses o disfrutes compartidos por los demás, representando un cambio radical (Artigas & Paula, 2011; López & Cajal, 2007; Morales, Domenech-Llaveria, Jane & Canals 2013; Rodríguez & Rodríguez, 2002).

A diferencia del DSM-IV-TR, en el DSM-V (2013) se sustituye el término autismo

como todas sus categorías por Trastornos del Espectro Autista (TEA) incluidos además dentro de los trastornos del desarrollo neurológico. Adicional a esto en el DSM-V se agrupan las características sintomáticas en dos criterios: a) patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, el cual incluye la hiper o hiporeactividad a estímulos sensoriales y b) deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social, identificando el nivel de funcionalidad en el lenguaje, la parte cognitiva y la severidad clínica (Morales et al., 2013).

2. AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO ASPERGER y DESCRIPCIÓN DEL TÉRMINO.

En 1981 Lorna Wing se interesó por el término Asperger describiendo los hallazgos encontrados hasta el momento, en la publicación de su artículo en la revista *Psychological Medicine*, diferenciándolo del Autismo por las habilidades cognitivas, la conservación del lenguaje y mejores habilidades sociales que se mantienen en el primero, denominado esta patología como Síndrome de Asperger (Cohen, 2010; Corsi, Guerra, & Plaza, 2007).

La historia inicia con el pediatra Hans Asperger quien en 1944 publica en su tesis doctoral una descripción de 4 niños sin retraso mental pero con habilidades lingüísticas, cognitivas y sociales inusuales. Por otro lado, un año antes el psiquiatra Leo Kanner publicó el artículo "Autistic Disturbances of Affective Contact" describiendo 8 niños y 3 niñas que parecían ensimismados, involucrados en actividades repetitivas resistentes al cambio, dificultades en el desarrollo del lenguaje con potencial en tareas no verbales y buena coordinación muscular, quienes a medida que crecían mostraban ausencia de juego simbólico y fijación por objetos. Ambos autores Kanner y Asperger centraron sus trabajos en aspectos particulares de la conducta social, el lenguaje y las capacidades cognitivas, destacando el aislamiento que presentaban sus pacientes, y aunque Asperger quizá no conocía el trabajo publicado por Kanner como

alteraciones autísticas, hace uso de igual manera del término psicopatía autística, lo cual mostraba mayor comorbilidad de ambos trabajos (Zúñiga, 2009).

Es hasta 1994 cuando los comités internacionales que revisan los criterios diagnósticos, identifican el Síndrome de Asperger descrito por Wing como una categoría independiente del Autismo. En el CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud) aparece como Síndrome de Asperger dentro de los trastornos generalizados del desarrollo. Por su parte en Estados Unidos la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) lo clasificó en DSM-IV, junto con los cinco trastornos que componen la categoría “Trastornos Generalizados del Desarrollo”, sin embargo no se utilizó el término síndrome sino Trastorno de Asperger, haciendo especial énfasis en el cumplimiento de una serie de criterios que permitieran evidenciar una clara diferenciación con respecto al Autismo (Martin, 2005; Zúñiga, 2009).

Por otro lado, como lo plantea Naranjo (2014), la prevalencia de este trastorno es muy difícil de determinar, llegando solo a aproximaciones que lo enmarcan dentro de una probabilidad de 0.3 a 48 por cada 10.000, con una media de 36 niños nacidos con vida por año. Adicional a esto se han tratado de establecer criterios diagnósticos claros que reflejen lo descrito en el DSM-IV, evidenciando que no existe un patrón único de comorbilidad, puesto que como es una enfermedad del comportamiento influyen variables relacionadas con las interacciones entre la herencia, el ambiente y el paciente. Finalmente, en el DSM-V (2013) este trastorno nuevamente desaparece como entidad independiente, por tanto, se estipula que los pacientes que hayan sido diagnosticados con Asperger de acuerdo al DSM-IV, se les debe aplicar el diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo, ya que esta categoría encierra los subtipos contemplados anteriormente en la categoría Trastornos Generalizados del Desarrollo. Si lo anterior es cierto, cabe aclarar que para la comunidad académica y científica aun es discutible la categorización

dada por el DSM-V; lo que podría llevar a reducir el término a una nominación simplemente nosológica (Hernández, Risque & León, 2015). Por el contrario, estudios recientes hacen énfasis en el término Síndrome de Asperger como un buen descriptor de las necesidades y del repertorio comportamental de dichas personas (Kenny, Hattersley, Molins, Buckley, Povey & Pellicano, 2015). Es así que para estudiar esta población en específico, se decidió para la presente investigación mantener el término de Síndrome de Asperger, con el fin de hacer que quienes investiguen en el presente trabajo se enfoquen específicamente en las personas enmarcadas con los síntomas descritos para este trastorno.

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Las características principales de un niño con SA están referidas a un déficit profundo en la interacción social que se derivan de un desarrollo social atípico, intereses inusuales y dificultades en el procesamiento de la información que implican amplios obstáculos en la reciprocidad social, reconocimiento y expresión emocional que provocan las dificultades de comprensión de las claves sociales (Bonete, Vives, Fernández, Calero & García-Martín, 2010). Así también lo refiere Sepúlveda, Medrano y Martín (2010) en donde encuentra una deficiencia para entender significados claves de la comunicación tanto verbal como no verbal; sin embargo, a pesar de su déficit en la comunicación, no suele encontrarse dificultades graves en la adquisición lenguaje que sí es una característica deficiente en el autismo (Klin, 2002). Aspectos similares son nombrados por Martín (2005), en donde se habla de un retraso inicial leve en el desarrollo del lenguaje, sin embargo, la gran mayoría de niños con SA alcanzan un nivel de funcionamiento adecuado.

Adicionalmente, existe un déficit en la comprensión del significado de muchos aspectos de su ambiente, se les dificulta anticiparse a hechos o vivencias, no entienden gestos ni

expresiones faciales y se observa dificultad en la expresión de afectividad y emociones. Por otro lado, las personas con SA se caracterizan por poseer una excelente memoria aunque su pensamiento es concreto y literal, (García & Jorreto, 2005). Otro aspecto importante es que presentan intereses obsesivos por temas poco comunes como texturas inusuales de los alimentos, partes específicas de un objeto y/o preocupaciones excesivas por una actividad (Araujo, Jane, Bonillo, Canals, Viñas, & Domenech, 2012). Así mismo, se observa una rigidez en la rutina y el desarrollo de intereses estrechos, lo que dificulta la socialización los adolescentes con SA (Attwood, 2007; Bolick, 2007). A menudo desarrollan un interés apasionado en un tema, generalmente una búsqueda solitaria, y no necesariamente lo que un adolescente típico puede estar interesado (Hulburt, 2010).

Para Hernández, et al (2005), existen diferentes áreas afectadas por el SA, dentro de las que se encuentran: alteraciones en el lenguaje, en donde existe un desarrollo deficiente del mismo que puede incluir el mutismo, la entonación inapropiada, ecolalia o el uso de un vocabulario inusual para el grupo etario al que pertenece; alteraciones sociales, evidenciando dificultad para unirse a un juego o intentos inapropiados para unirse mostrando conductas disruptivas, falta de cumplimiento de las normas sociales, desagrado o confusión por los estímulos sociales y reacciones intensas o aversivas ante la invasión de su espacio personal; limitaciones en los intereses, actividades y conductas, en consecuencia, se observa ausencia en la flexibilidad, dificultad en el juego imaginativo y dificultad de organización en espacios o actividades poco estructuradas; por último, otros rasgos, que describe como un perfil de habilidades y deficiencias como habilidades sociales escasamente desarrolladas, mientras que en habilidades como la lectura o el vocabulario pueden estar por encima de su edad cronológica y otras conductas extrañas en las que se incluyen respuestas inusuales a estímulos sensoriales sean visuales,

olfativos o auditivos.

Por su parte, Calle y Utria (2004), nombran dos áreas resaltables en un niño con SA. Por un lado se encuentra el lenguaje y la comunicación y por otro lado, la conducta social. En el área del lenguaje y la comunicación, acuerdan en que no hay un déficit significativo en la adquisición del lenguaje pero si se observan dificultades que son notorias dentro de un contexto social, por lo que se evidencia alteraciones pragmáticas como no respetar la reciprocidad del diálogo con tendencia a la interrupción del mismo, dificultad para iniciar conversaciones de forma espontánea y el mantenimiento de las mismas cambiando de forma abrupta de tema cuando no hay comprensión; una conversación con tendencia a la malinterpretación debido a la literalidad del pensamiento y poca flexibilidad comportamental que dificulta leer signos, claves y el doble sentido. En cuanto a la conducta social, se observan habilidades inmaduras y rígidas en el juego social y la obediencia rigurosa de los códigos sociales que le son enseñados.

4. DIFICULTADES MÁS COMUNES ENCONTRADAS EN ESTOS NIÑOS

Son varios los autores que hacen referencia a las dificultades tanto emocionales como conductuales encontradas en los niños con SA a partir de las diferentes características propias del síndrome. Es por esto que autores como Calle y Utria (2004), mencionan el rechazo de sus pares en las relaciones sociales debido a su falta de habilidades, mostrándose inmaduras y rígidas, conduciendo a la frustración y como consecuencia a problemas de comportamiento entre las que se encuentran la agresión, conductas oposicionistas y el daño a objetos. Otro aspecto está en la preferencia a comunicarse e interactuar con adultos por la dificultad de interacción y fingir juegos cuando están acompañados (Araujo et al., 2012). Adicionalmente Bauminger y Kasari (2000), citados por Bonete et al., (2010), nombran un “círculo vicioso de aislamiento” en donde el niño

manifiesta una necesidad por ser aceptado socialmente y, en ausencia de tales relaciones se muestran sentimientos de soledad y depresión.

Klin (2002), destaca el posible desarrollo de síntomas asociados a un Trastorno de ánimo que puede requerir de tratamiento, incluyendo la medicación, como consecuencia del fracaso ante repetidos intentos por establecer vínculos sociales, que se dificultan debido a sus conversaciones caracterizadas por un discurso pedante, largo y la centralización de un tema específico e inusual. La inestabilidad de los sentimientos e intenciones implícitas en la persona con SA derivan en signos de aburrimiento o prisa por irse; y también por la reacción inapropiada, malinterpretando el contexto de la interacción, a menudo transmitiendo un sentido de insensibilidad o desprecio de las expresiones emocionales de la otra persona. Por otro lado, se habla de las dificultades asociadas al diagnóstico temprano que afectan al niño con SA, mostrando problemas de conducta enmarcados en la dificultad para comunicar frustraciones y ansiedades, así como su incapacidad para descubrir y comunicar sentimientos y emociones. Estas dificultades se hacen más evidentes en la adolescencia a nivel de interacción, apareciendo conductas con características depresivas, obsesivas, ansiosas o psicóticas que hacen que el diagnóstico diferencial o la valoración de una comorbilidad, sea difícil (García & Jorreto, 2005).

Para finalizar, otros estudios hablan de las dificultades en cuanto a la organización y secuenciación de pasos que le permiten resolver un problema, mostrando también una flexibilidad deficiente (Pérez & Martínez, 2014).

4. EVALUACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ASPERGER.

Evaluación e identificación

La evaluación de un niño con posible Síndrome de Asperger (SA) empieza desde una historia clínica completa, recogiendo información relevante sobre sus interacciones sociales y emocionales, comportamientos, rituales o intereses especiales, desarrollo motor y funcionamiento sensorial entre otros, esta información debe ser suministrada por su familia, colegio y el mismo paciente. Por otro lado, dicha historia clínica debe ir acompañada de pruebas neuropsicológicas que evalúan aspectos cognitivos como la inteligencia y el funcionamiento adaptativo, complementando con la valoración de las habilidades motoras, la atención, la memoria y destreza viso-perceptiva, el funcionamiento ejecutivo y la estimación detallada del lenguaje-comunicación (Hernández et al., 2005).

Aunque la mayor parte de la información proviene del relato de padres y/o cuidadores, se observa una tendencia hacia la evaluación mediante procedimientos estandarizados (Smith, *et al.*, 2007). Existen ciertos instrumentos de detección como el CAST (*Childhood Asperger Syndrome Test*), (Scott, Baron-Cohen, Bolton & Brayne, 2002), el ASDI (*Asperger Syndrome Diagnostic Interview*), (Gillberg, Gillberg, Rastam & Wentz, 2001) y el ASSQ (*Autism Spectrum Screening Questionnaire*), (Ehlers, Gillberg & Wing, 1999) que son cuestionarios diseñados para obtener mayor información de los padres o profesores para una detección del SA o del autismo de “Alto funcionamiento”; sin embargo, es importante destacar las limitaciones de estos instrumentos, teniendo en cuenta que existen pocos estudios de validación, capacidad predictiva y estabilidad (Hernández et al., 2005).

Una de las dificultades con las que se ha encontrado el diagnóstico temprano del SA, ha sido la ausencia de un marcador biológico válido, por lo que la identificación de fechas claves y

el grado de afectación dependen básicamente de la memoria de los padres. De acuerdo a lo mencionado anteriormente, existe mayor efectividad de la identificación sobre los 7 años en adelante, teniendo en cuenta que, en edades más tempranas, el niño con Asperger suele tener una relación adecuada con sus pares o hermanos sin presentar conductas que llamen la atención como alejamiento o retraimiento (García & Jorreto, 2005).

Campbell (2005), realiza una recopilación y análisis de cinco escalas de calificación que permiten el diagnóstico del Síndrome de Asperger. Estas son; la Escala de diagnóstico del síndrome de Asperger (ASDS, Myles, Bock, & Simpson, 2001), la Escala de trastornos de Gilliam Asperger (GADS, Gilliam, 2001) y el Índice de trastornos de Krug Asperger (KADI; Krug & Arick, 2003), y dos instrumentos de investigación, el Cuestionario de detección del espectro autista (ASSQ; Ehlers, Gillberg, & Wing, 1999) y Childhood Asperger's Screening Test (CAST; Scott, Baron-Cohen, Bolton, & Brayne, 2002).

Las conclusiones más importantes resultado del análisis de las escalas son; el KADI mostró las propiedades psicométricas más fuertes y la selección de elementos más exhaustiva, la ASDS mostró las propiedades psicométricas más débiles para el grupo de escalas, el ASSQ mostró la confiabilidad y validez menos convincente y el CAST evidenció una validez predictiva en ausencia de datos de confiabilidad publicados (Campbell, 2005; Belichón, *et al.*, 2008). Dicho esto, autores como Campbell (2005) y Belichón, *et al.*, (2008), concuerdan en que el uso de estos instrumentos debe hacerse con precaución, teniendo en cuenta “limitaciones psicométricas bastante serias en cuanto a su proceso de baremación, lo que plantea ciertos problemas tanto para su uso clínico y comercial como de investigación” (Belichón, *et al.*, 2008) y debe ser sólo usada como complemento de una evaluación más exhaustiva, teniendo en cuenta además, la dificultad para realizar un diagnóstico diferencial entre SA y el Autismo de Alto Funcionamiento (AAF).

Intervención

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, el diagnóstico temprano del SA es fundamental para su intervención, haciendo énfasis en un reforzamiento de las habilidades sociales, escolares, del comportamiento y especial atención a la comunicación (Díaz, 2011 & Naranjo, 2014, citado por Castro, *et al.*, 2016).

Las primeras propuestas de intervención para pacientes con SA, fueron expuestas por la hermana Viktorine y el Dr. Asperger, que plantearon una intervención basada en terapia de lenguaje, representación teatral y educación física. Sin embargo, esta propuesta terminó cuando el hospital fue destruido por bombas en la segunda guerra mundial. Actualmente, si bien no existe un tratamiento específico para el SA, si se plantean estrategias psicoeducativas que suelen tener mayor efectividad en pacientes cuyo Cociente Intelectual y función social es mejor. Por otro lado, se habla del uso de fármacos para el tratamiento de síntomas específicos como los inhibidores de serotonina para síntomas obsesivos compulsivos manifestados en estereotipias y, el uso de antidepresivos, antipsicóticos atípicos y anti-convulsionantes para disminuir problemas conductuales. Sin embargo, el uso de fármacos conjunto con una intervención psicoeducativa y un análisis conductual, suelen dar mayores resultados para modificar conducta en un niño con SA (López, 2008).

Una de las prácticas también usadas para el manejo o intervención a pacientes con SA, es el Análisis Conductual Aplicado (ACA), que se define como una práctica profesional pragmática dirigida al logro de efectos específicos, que nace como una opción para atacar y solucionar problemas que otras prácticas habían abordado sin eficacia, enfocándose en un campo

de acción dentro de los Trastornos del desarrollo, Trastornos neuróticos y problemas de manejo de conducta en el colegio y el hogar, entre otros (Ribes, 1980). Esta práctica es recuperada por Corsi, *et al.*, (2007), en un programa de manejo conductual para padres con niños diagnosticados con SA. En este estudio se observa el entrenamiento a padres para el manejo de conductas específicas como manierismos motores y oposicionismo evidenciada en pataletas, auto o hetero-agresión, entre otras, mostrando alta eficacia en la modificación de dichas conductas y aumentando el seguimiento de instrucciones. Así mismo, la propuesta de intervención desarrollada por Moreno y O'Neal (1998), propone un programa de tratamiento conductual basado en principios de análisis conductual aplicado (ACA), que obedecen a experiencias anteriores en donde se observa que los pacientes con SA suelen responder muy bien a los procedimientos estructurados como los del enfoque conductual.

Para (Fernández et al., 2007) el tratamiento del SA debe ser individualizado y multimodal, lo que implica un abordaje psico-educativo de la familia y el propio paciente mejorando sus discapacidades y potenciando sus capacidades para compensar, así como el suministro de psicofármacos que se ajusten a la necesidad del paciente, es decir, no existe un medicamento determinado para el espectro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), sin embargo, pueden ser muy efectivos para aliviar síntomas específicos, por ejemplo, la utilización de antidepresivos pueden disminuir la presencia de estereotipias, agresividad y sobretodo la ansiedad; los psicoestimulantes como el Metilfenidato suelen ser eficaces en el proceso atencional y el auto-control en niños con SA y por último, neurolépticos como la risperidona han mostrado eficacia en el tratamiento de conductas disruptivas como la auto o la heteroagresión.

Por otro lado De La Iglesia y Olivar (2008), exponen diferentes estrategias de

intervención centradas en la socio-comunicación, dividiéndolas en habilidades pragmáticas, comunicativas y sociales. Los objetivos de entrenar estas habilidades van dirigidos hacia la conciencia de las reglas pragmáticas presentes en una conversación como lo son la selección del tema y la forma de cambiarlo; fomentar la lectura del contexto como el tono y el volumen emocional y por último, el entrenamiento de una conversación que se ajuste al contexto en donde se haga uso apropiado de un estilo, modulación e inflexión, énfasis, cercanía interpersonal, entre otros.

Es por esto que con estrategias como las de modelado, ensayos conductuales, feed-back, role-playing (juego de roles), secuencias gráficas de las situaciones sociales, descripciones explícitas de las secuencias de pasos a realizar en una situación específica y experiencias en vivo; suelen encontrarse resultados que favorezcan a los pacientes con Síndrome de Asperger, realizando interacciones apropiadas en donde se ponen en práctica sus habilidades sociales, obtengan un feed-back instantáneo y se puedan poner en práctica posteriormente de forma autónoma (De La Iglesia & Olivar, 2008).

Las estrategias de intervención sugeridas para el SA se clasifican en generales y específicas del ámbito escolar y a lo largo del ciclo vital según Castro, *et al.*, (2016). De este modo se hace énfasis en el apoyo visual para la enseñanza, teniendo en cuenta que las personas con SA tienden a asimilar mejor la información que reciben de manera visual. También se habla de la evitación de cambios inesperados del ambiente que interfieran con sus estrategias de adaptación al ambiente. Por otro lado, se sugiere una intervención en aspectos como la baja tolerancia a la frustración que pueden desencadenar conductas disruptivas, la división de tareas grandes en “pequeños pasos” para optimizar su rendimiento, la oportunidad de tomar decisiones desde pequeños para que logren mayor independencia, el uso de habilidades en la interacción

como respetar el turno, modular el tono de voz y la interpretación de gestos faciales que faciliten una adaptación al medio social (Castro, *et al*, 2016).

Teniendo en cuenta que las dificultades principales encontradas en los niños con Síndrome de Asperger están relacionadas con las habilidades presentes en la interacción social, se hace necesario hablar de Habilidades Interpersonales, las cuales abordan estas características. Engelberg y Sjoberg (2005), las definen como procesos psicológicos que abarcan el manejo, intercambio y comprensión de la información social, ayudando a las personas a ajustar su comportamiento de acuerdo al contexto en cual se encuentran. Por su parte Pelechano, (1984) plantea que su adquisición se da acorde a siete fases que implican; presentar el problema, identificar el problema, toma de perspectiva y comunicación, buscar soluciones, prever las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, elegir y organizar la solución y finalmente decidir y actuar.

6. PROGRAMA EN INTERVENCIÓN EN HABILIDADES INTERPERSONALES

El Programa de Entrenamiento en Solución de Conflictos Interpersonales para niños (Esci-Program) se basa en el modelo de Pelechano en el que se sobresalen 7 etapas en el proceso de solución de problemas, claramente pueden diferenciarse las formas en que se pueden solucionar problemas interpersonales (Pelechano, 1996). El programa consiste en formar a los participantes en habilidades de resolución de problemas interpersonales, el cual se encuentra orientado a que el terapeuta lleva al niño a descubrir y adquirir habilidades utilizando un enfoque mediacional sin dejar de lado la reflexión sobre su proceso de resolución de problemas, el programa utiliza ayudas a través de guías y retroalimentaciones sobre la respuesta inicial del participante. Al inicio cada sesión se presenta un dibujo que tiene como fin definir objetivo principal y a partir de ahí plantear situaciones de conflictos interpersonales con otra persona o en grupo (Gómez et al.,

2014).

Como objetivos principales se plantea: identificar situaciones interpersonales problemáticas, percepción de sentimientos propios, al igual que el de otros y el entrenamiento en habilidades comunicativas. Este programa se desarrolla en 10 sesiones divididas de la siguiente manera: una de presentación, ocho de entrenamiento y una final que se utiliza para hacer el cierre; cada sesión se realiza en aproximadamente una hora con grupos de 5 a 10 niños dependiendo la población seleccionada.

En cada sesión, las tareas están definidas y se acompañan de una finalidad que busca integrar el objetivo principal de esa tarea. Se incluyen los tiempos ideales para cada tarea, sin olvidar que según el contexto puede existir flexibilidad en los tiempos según la opinión del terapeuta. Sin embargo, es importante no olvidar que se debe hablar de todos los puntos sin que los integrantes del grupo se dispersen y ajustándonos al tiempo de la sesión ideal entre 45 y 70 minutos. En cada tarea existen varios ejemplos que han escogido pensando en situaciones de la vida cotidiana de niños entre 8 y 12 años, algunos son más adecuados para niños y otros para pre-adolescentes. Se le recomienda al terapeuta no usar más de 2 o 3 ejemplos en cada tarea, sin embargo es necesario el análisis del contexto con el fin de sacar el mayor provecho de la sesión, como por ejemplo, dar prioridad a escenas que sean elegidas por los participantes voluntariamente. (Calero, García-Martín, & Bonete, 2019).

Las investigaciones respecto al programa de intervención en Habilidades Interpersonales, se han efectuado con frecuencia en población de niños con sobredotación y trastornos del desarrollo como el Síndrome de Asperger, en función de sus dificultades en el área social (Bonete, Vives, Fernández-Parra, Calero, & García-Martín, 2010; Calero & García-Martín, 2005; Gómez-Pérez et al., 2014). Tras el entrenamiento es fácil observar los efectos positivos, ya

que se consigue una mejoría en la solución de problemas interpersonales, logrando que los sujetos detecten las causas de los conflictos más fácilmente, además de generar un mayor número de soluciones para los mismos. (Bonete, Calero, Fernández-Parra, 2015; Bonete, Molinero, Mata, Calero, y Gómez-Pérez, 2016). Además de extender estos efectos en diversos contextos en los cuales interactuaban los niños, (Bonete, Calero, Fernández-Parra, 2015). El objetivo del presente documento es analizar la eficacia de este programa de intervención en niños con Síndrome de Asperger colombianos, ya que, en el panorama de investigación de Colombia no hay demasiada evidencia científica sobre la eficacia de programas de habilidades interpersonales en este tipo de población.

Aspectos Metodológicos

Justificación y problema de Investigación

Diversas investigaciones han demostrado que las dificultades más comunes de los niños con Síndrome de Asperger están relacionadas con un déficit profundo en la interacción social que se derivan de un desarrollo social atípico, debido a dificultades en el procesamiento de la información, implicando obstáculos en la reciprocidad social, reconocimiento y expresión emocional lo cual lleva a que tengan dificultades de comprensión de las claves sociales (Bonete et al, 2010), además de no poder anticiparse a hechos o vivencias, no entienden gestos ni expresiones faciales y se observa dificultad en la expresión de afectividad y emociones. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente se han implementado protocolos de intervención que han mostrado efectividad para logros específicos como es el Análisis Conductual Aplicado (ACA) en el que se evidenció disminución de conductas y manierismos

motores (Moreno y O'Neal 1998). Por otro lado De La Iglesia y Olivar (2008), exponen diferentes estrategias de intervención centradas en la socio-comunicación, los objetivos de entrenar estas habilidades van dirigidos hacia la selección del tema y la forma de cambiarlo. Estas intervenciones junto con otras continúan siendo intervenciones que no favorecen de forma general las habilidades que más exigen demanda en esta población.

Estudios recientes han evidenciado que un desarrollo y uso de las HHII se encuentra asociado a un mayor ajuste de bienestar psicológico y social de las personas, así como también está relacionado con un desempeño laboral y escolar más satisfactorio, (Castillo et al., 2013). Adicional este programa ha demostrado sus efectos positivos en niños con Síndrome Asperger en España y otras poblaciones (Calero, et al., 2012; Gómez, et al., 2014).

Considerando los aspectos mencionados anteriormente se hace necesario desarrollar una intervención que permita avances que impacten directamente sobre las dificultades de esta población, con el fin de proporcionar evidencia empírica de la importancia de las HHII que disminuyan consecuencias mayores en los mismos, ya que se describe que por estas dificultades a nivel social se puede generar un “círculo vicioso de aislamiento” en donde el niño experimenta una necesidad de ser aceptado o incluido socialmente y en ausencia de tales relaciones desarrolla sentimientos de soledad y depresión (Bonete et al., 2010). Por su parte Klin (2002), hace referencia al posible desarrollo de síntomas asociados a un Trastorno de ánimo que requiere de intervención como consecuencia del fracaso ante repetidos intentos por establecer vínculos sociales. De este modo nuestra pregunta de investigación es: ¿Cuál es el efecto del entrenamiento en Habilidades Interpersonales sobre el nivel de Habilidades de Solución de Conflictos y nivel de adaptación en niños con Síndrome de Asperger?

Objetivos

Objetivos Generales.

1. Determinar el efecto de un programa de entrenamiento en Habilidades Interpersonales en niños con Síndrome de Asperger colombianos.

Objetivos Específicos.

1. Identificar nivel de habilidades de solución de conflictos interpersonales en niños con Síndrome de Asperger colombianos.
2. Identificar nivel de adaptación personal, social, escolar en niños con Síndrome de Asperger colombianos.
3. Valorar la eficacia del entrenamiento tanto en la medida de habilidades interpersonales como en adaptación personal, social y escolar.

Diseño.

Se trata de un diseño experimental pretest-postest con grupo control en lista de espera.

Variables

En el estudio experimental se tuvieron las siguientes variables.

Variable Independiente.

Entrenamiento en Solución de Conflictos Interpersonales: Aplicación del programa que consta de 10 sesiones entre grupos preferiblemente de 5 a 10 niños con SA (García-Martín & Calero, 2019).

Variables Dependientes.

Habilidades Interpersonales: Se refieren a los procesos cognitivos que forman parte de la inteligencia interpersonal y que cumplen con la función de facilitar la resolución de conflictos

interpersonales. Su impacto radica en la facilitación del desarrollo social, académico, mejor rendimiento académico y mayor disfrute del ocio (Molinero, 2015).

Adaptación: Entendida desde la psicología como la capacidad que tiene cada persona para hacer frente a las demandas del ambiente, haciendo ajuste de sus propias características incluyendo sus necesidades, logrando una mayor estabilidad emocional y de su personalidad (Aragón, 2010). Por su parte Martin y Martin (1989) hacen referencia a la adaptación como un proceso para hacer frente al ambiente, en el que interviene una parte pasiva, que se refiere a la capacidad para modificar sus esquemas de comportamiento y una parte activa en la que el individuo debe transformar el ambiente de acuerdo a sus necesidades teniendo en cuenta diferentes áreas; 1) Adaptación personal, es el ajuste que logra la persona consigo misma, que se refleja en los pensamientos, emociones o acciones. Este equilibrio es dinámico y está en continuo reajuste. En el cual está implicado el nivel de desajuste que tienen las personas para aceptarse a sí mismas y la dificultad personal para aceptar la realidad como es; 2) Adaptación social, adaptación de las personas al medio en el que se desenvuelven según la edad, englobando factores principales en el ajuste social, como el respeto a las normas establecidas y consideración por los demás, (Hernández, 2004). Y 3) Adaptación escolar, entendida como la adecuación al ambiente escolar según sus pautas e interacciones inherentes a la misma. Por su parte Álvarez (1993), define al alumno inadaptado en función del nivel de anomalías de conducta y dificultades académicas que son contrarias a lo que se espera de él por sus capacidades y aptitudes, abarcando tanto los problemas de aprendizaje como los relacionados con la conducta.

Inteligencia: Definida como un conjunto de habilidades conductuales y cognitivas que permite una adecuada adaptación al medio físico y social. Además de la capacidad para resolver problemas, pensar de manera abstracta, planear, aprender de la experiencia y comprender ideas

de mayor complejidad, siendo una habilidad cognitiva general de la cual parten capacidades específicas. Por su parte Binet se refiere a la inteligencia como cualidades formales que implican procesos de atención, memoria, percepción, razonamiento e intelecto, según él la inteligencia además se caracteriza por la comprensión, dirección, e invención. (Ardila, 2011).

Hipótesis

1. Existirán diferencias significativas de las mediciones pretest a las posttest entre el grupo experimental y control en lista de espera, respecto al nivel de Habilidades para la Solución de Conflictos Interpersonales y grado de adaptación. En el grupo experimental se incrementará significativamente el nivel de habilidades interpersonales y adaptación tras de la intervención mientras que en el grupo control en lista de espera no.

Participantes

Para el desarrollo de la presente investigación se contó con una muestra inicial de 28 niños, niñas y adolescentes escolarizados, con edades entre los 7 y 15 años ($M= 10,78$; $d.t.=2,79$), seleccionados a través de un muestreo no probabilístico en cadena.

En primera instancia, de esta muestra fueron descartados 3 niños que decidieron retirarse durante el pretest por la falta de disponibilidad de tiempo de los padres para llevar a sus hijos al entrenamiento completo. Posteriormente, a partir del instrumento CARS fue identificado 1 niño con un compromiso mayor para autismo y 24 niños, niñas y adolescentes que se encontraban en un nivel leve de rasgos autistas correspondiente para Asperger y que pasaron a conformar la muestra final del estudio (19 niños y 5 niñas). Finalmente, los 24 niños seleccionados fueron

asignados aleatoriamente a los grupos experimental (9 niños, 3 niñas) y control (10 niños, 2 niñas).

Para la elección de los participantes se tuvieron en cuenta tres criterios de inclusión: Tener una edad entre los 7 y 15 años, encontrarse escolarizados y tener diagnóstico o sospecha de Síndrome de Asperger. Asimismo, se establecieron dos criterios de exclusión: Presentar algún tipo de discapacidad cognitiva y presentar un compromiso mayor de rasgos autistas, como la presentación de conductas auto y hetero agresivas.

Instrumentos

Consentimiento informado. Documento con el cual se solicitó a los padres la autorización para que sus hijos participaran en el estudio, explicando el propósito, la descripción de todo el procedimiento, riesgos y beneficios, los parámetros de confidencialidad para el manejo de los datos y la naturaleza voluntaria de la participación de sus hijos.

Asentimiento informado. Documento a partir del cual se solicitó a los niños, niñas y adolescentes dar cuenta de su aceptación para participar en el estudio, reconociendo su propósito, procedimiento, parámetros de confidencialidad para el manejo de los datos y la naturaleza voluntaria de su participación. Este documento fue presentado a los niños y niñas antes del pretest y de la intervención (Véase Apéndice B).

Instrumento de Evaluación de Solución de Conflictos Interpersonales (ESCI):

Instrumento que mide la habilidad de resolución de conflictos interpersonales, mediante la presentación de 17 láminas en donde se muestran diferentes problemas; en las primeras 4 láminas sólo aparece un personaje, y en las siguientes 13, el conflicto involucra a dos personas o más. Ante la presentación de cada uno de los conflictos se realizan las siguientes preguntas: “¿Cómo se siente el personaje principal del dibujo?”, “¿Por qué se siente así?”, y “¿Qué podría hacer para solucionar esa situación?” Las puntuaciones obtenidas están distribuidas de la siguiente forma: un

máximo de 17 puntos para el área de emociones, 51 punto para el área de causas, y un máximo de 13 puntos para el área de soluciones, esto con una puntuación total de 81 puntos que resulta de la suma de las anteriores puntuaciones (Gómez, Mata, García, Calero, Molinero, Bonete, 2014).

Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI): Prueba auto-evaluativa que consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (afirmativa o negativa), aplicada desde los 8 años hasta la adultez. El test auto-evalúa la Inadaptación personal, referida como el grado de incapacidad o problemas en las relaciones sociales; la Inadaptación Escolar, referida como la insatisfacción y comportamiento inadecuado en la realidad escolar; la Insatisfacción con la Familia, que evalúa la insatisfacción en el contexto familiar y la relación de padres entre sí; la Insatisfacción con los hermanos, que recoge los conflictos y relación entre hermanos y finalmente; las Actitudes Educadoras de los Padres, en donde se evalúa el estilo de educación de los padres por los hijos. Estas áreas engloban tanto el desajuste de la persona consigo misma, como con la realidad. Su fiabilidad está referida en un índice de 0.87 para el test en general, según el procedimiento de corrección de las dos mitades de la fórmula de Spearman-Brown (Hernández, 1998 citado por Pelegrín & Garcés de Los Fayos, 2008).

Childhood Autism Rating Scale (CARS – Escala de Calificación del Autismo Infantil): Instrumento de evaluación para el diagnóstico del TEA que consta de una entrevista estructurada más un instrumento de observación y se puede realizar a partir de los 24 meses, permitiendo además, cuantificar la severidad del trastorno (Javaloyes, 2004). Esta escala fue desarrollada hacia la década de los 70' por *Reichler* y *Schopler* y es una de las escalas de comportamiento más confiables para la valoración de niños con TEA. Longitudinalmente, tiene una sensibilidad de 0,83 y una especificidad de 0,82, las cuales parecen estar reducidas en caso de un mayor rendimiento cognitivo (Dalmaschio, *et al.*, 2016).

Matrices del WISC-IV: Se trata de una sub-prueba del WISC-IV, que evalúa razonamiento fluido y su importancia radica en la poca dependencia a factores culturales o educativos. En esta sub-prueba se pide al examinado que complete la parte faltante de una matriz de dibujos seleccionando una de cinco opciones de respuesta. Compuesta de 35 reactivos que definen una puntuación natural máxima de 35 puntos y 3 nominados como A, B y C que son de muestra para el examinado. En esta sub-prueba como en varias del WISC-IV se inicia desde el reactivo indicado en el formato de acuerdo a la edad del evaluado. (Flanagan & Kaufman, 2012; Wechsler, 2007).

Figuras incompletas del WISC-IV: Se trata de una sub-prueba complementaria del WISC IV, que evalúa razonamiento fluido y su importancia radica en la poca dependencia a factores culturales o educativos. En esta sub-prueba complementaria se le pide al examinado que vea un dibujo y nombre la parte esencial que falta en el dibujo dentro de un límite de tiempo. Compuesta de 38 reactivos que definen una puntuación natural máxima de 38 y 1 reactivo nominados como M, el cual es la muestra para el examinado. En esta subprueba como en la mayoría del WISC-IV se inicia desde el reactivo indicado en el formato de acuerdo a la edad del evaluado. (Flanagan & Kaufman, 2012; Wechsler, 2007).

Programa de entrenamiento en Habilidades Interpersonales (ESCI-Program): Este programa tiene como fin entrenar a los niños en habilidades de resolución de problemas interpersonales, por medio del cual el terapeuta lleva al participante a descubrir y adquirir destrezas, junto con la reflexión sobre el proceso de solución de problemas. Como objetivos principales se plantea; identificar situaciones interpersonales problemáticas, percepción de sentimientos propios, al igual que el de otros y el entrenamiento en habilidades comunicativas. Este programa se desarrolla en 10 sesiones divididas de la siguiente manera: una de Presentación,

ocho de entrenamiento y una final que se utiliza para hacer el cierre; cada sesión se realiza en aproximadamente una hora con grupos de 5 a 10 niños dependiendo la población seleccionada. (Calero, García-Martín & Bonete, 2019).

Procedimiento

Fase de contacto, presentación y autorización del proyecto. Se inició esta fase haciendo una convocatoria por redes sociales e instituciones dedicadas a la intervención de terapia integral con niños con autismo solicitando su participación dentro del estudio, se realizó una explicación de los objetivos, ventajas y demás características del mismo a los padres que decidieron participar de forma voluntaria e independiente. Una vez realizado el contacto se citó a los padres y niños para explicar el objetivo del estudio y firmar los consentimientos por parte de los padres.

Fase de Muestreo y Pretest. Durante esta fase se citaron a los participantes, por grupos de 6 niños autorizados por sus padres para participar en el estudio, teniendo en cuenta que fueran de edades establecidas en rangos dos grupos de 7 a 10 años y dos grupos de 11 a 15 años y se les llevó a una sala dispuesta con sillas, mesas, un computador y un proyector de video beam. Una vez allí, se proporcionaron a los niños el documento de Asentimiento Informado y los instrumentos ESCI y TAMAI, se explicó nuevamente el objetivo del estudio y se proporcionaron las indicaciones para el diligenciamiento de cada elemento; de forma paralela se entregó a los padres el instrumentnio CARS para ser diligenciada y entregada al final. En una segunda sesión se evaluaron los niños de forma individual aplicando las sub-pruebas del WISC IV (Matrices y Figuras incompletas). Posteriormente, a partir del instrumento ESCI Y CARS se seleccionaron

los individuos cuyas puntuaciones indicaban el riesgo de presentar dificultades interpersonales y puntuación leve para rasgos autistas correspondiente con el Síndrome de Asperger para pasar a la siguiente fase del estudio, siendo asignados aleatoriamente a dos grupos experimental y dos grupos control de acuerdo a los rangos de edad descritos anteriormente.

Fase de intervención. Durante esta fase se realizó la aplicación del Programa de entrenamiento en Habilidades Interpersonales a los niños del grupo experimental, desarrollando dos sesiones semanales, mientras que los niños pertenecientes al grupo control permanecieron sin ningún tipo de intervención.

Fase Postest. Inmediatamente después de la aplicación del entrenamiento se realizó una nueva aplicación de los instrumentos ESCI y TAMAI y en una segunda sesión individual la aplicación de las sub-pruebas del WISC VI (Matrices y Figuras incompletas), midiendo los niveles de Habilidades de Solución de Conflictos Interpersonales y problemas de adaptación con los niños de ambos grupos (experimental y control, manteniéndose estos últimos sin intervención).

Análisis de Datos

El análisis de los datos se llevó a cabo a través del software estadístico SPSS (23.0). Inicialmente se calcularon los estadísticos descriptivos media y desviación estándar para cada variable. Luego, se realizó un análisis ANOVA de medidas repetidas, con el fin de identificar la existencia de diferencias significativas entre las medias de cada una de las variables dependientes del estudio, en función de su condición experimental (experimental o control) y las mediciones realizadas (pretest y postest).

Consideraciones éticas

Dentro de la siguiente investigación se tuvo en cuenta diferentes aspectos éticos y legales, tomando como base las siguientes leyes el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2016), la Ley 1090 del ejercicio profesional del Psicólogo en Colombia (Congreso de Colombia, 2006a), la ley de Infancia y Adolescencia (Congreso de Colombia, 2006), la ley 1616 del 2013 de Salud de Mental (Congreso de la república, 2016) y la ley 1306 del 2009. (Congreso de Colombia, 2005).

Inicialmente se tuvo en cuenta los principios de autonomía y veracidad y el principio de beneficencia del Código Deontológico, los artículos 2 (6 y 9), 36 y 52 referentes al consentimiento del acudiente, derecho a la dignidad y libertad de participación, así como al objetivo de emprender investigaciones que beneficien el área científica y el bienestar de los individuos; el artículo 27 del derecho a la salud integral del Código de Infancia y Adolescencia, el artículo 3 de la ley 1616 del 2013, referentes al respeto y dignidad, así como la igualdad de oportunidades y el artículo 1 de la ley 1306 del 2009 referente a la inclusión de toda persona natural. Por tanto de acuerdo a los anteriores parámetros esta investigación permite la inclusión de personas con capacidades diferentes, así como la sustentación de un programa que ha demostrado eficacia en diferentes tipos de población, aportando no solo a los participantes sino sirviendo de base para nuevas investigaciones. Adicional a esto se expresa claramente y se informa tanto a los participantes como acudientes sobre el desarrollo de la intervención, garantizando que tengan pleno conocimiento del mismo y firmen el consentimiento informado, así como la finalización o retiro en el momento que lo deseen.

Finalmente se fundamentó en el artículo 2 de la ley 1090 referente al principio de confidencialidad y el principio de confidencialidad del Código Deontológico, por tanto regido bajo la práctica obligatoria de guardar y cuidar la información, se garantiza que todos los

materiales utilizados para la realización de esta investigación estarán bajo custodia de las personas involucradas y no se dará acceso a menos que algún ente regulador lo solicite o el representante legal desee revelar dicha información, por su parte la reproducción y organización del trabajo final de esta investigación realizara un informe con sumo cuidado buscando que la información suministrada no permita la identificación de los participantes.

Resultados

Se inició el análisis de los datos obtenidos en la presente investigación con el cálculo de los estadísticos descriptivos de cada una de las variables de Solución de Conflictos Interpersonales (Véase Tabla 1), luego el cálculo de los estadísticos descriptivos de las variables que miden el nivel de adaptación personal, social y escolar, contemplando en el instrumento empleado para la medición de dicha variable TAMAI (Véase Tabla 2). Finalizando con el cálculo de los estadísticos descriptivos de dos variables de inteligencia (razonamiento abstracto y comprensión social, medidas con dos subpruebas del WISC-IV) (Véase Tabla 3).

Tabla 3. *Estadísticos descriptivos de Inteligencia, Razonamiento Abstracto y Comprensión Social* de los grupos Experimental y Control en lista de espera.

Variable	Fase	Grupo	n	Media	D.T
Inteligencia Razonamiento	Pretestt	Experimental	12	18,83	6,45
		Control	12	17,67	5,84
	Postest	Experimental	12	24,25	6,27
		Control	12	18,75	5,82
Inteligencia Comprensión	Pretestt	Experimental	12	17,50	5,23
		Control	12	18,25	6,03
	Postest	Experimental	12	24,25	5,26
		Control	12	18,25	5,61

El siguiente análisis fue una prueba t para muestras independientes para comparar las puntuaciones medias entre grupo experimental y control en lista de espera en las mediciones pretest. Los resultados no arrojaron ninguna diferencia significativa entre grupos en ninguna de las variables del estudio (Habilidades Interpersonales, Adaptación e Inteligencia), lo que garantizó la equivalencia de los grupos en el estudio ($p > 0,05$).

Posteriormente se realizó el análisis ANOVA de medidas repetidas con el fin de identificar si se presentaron diferencias entre grupos de la fase/medición pretest a la posttest.

Iniciando con variable Emociones (ver tabla 4), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control en lista de espera ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 1. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es moderado con un valor de 0,350.

Tabla 4. ANOVA de medidas repetidas para variable ESCI Emociones

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
Emociones* GRUPO	1	33,333	11,844	0,002	0,350

Figura 1: ANOVA medidas repetidas variable Emociones.

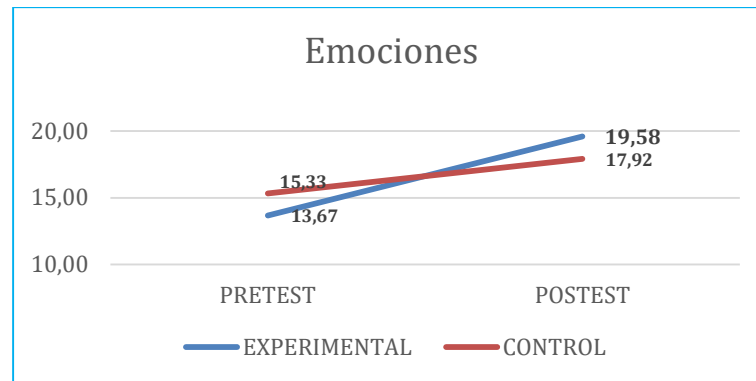


Tabla 5. ANOVA de medidas repetidas para variable ESCI Causas

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
Causas* GRUPO	1	221,021	64,869	0,000	0,747

Para la variable Causas (ver tabla 5), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 2. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es alto con un valor de 0,747.

Figura 2: ANOVA medidas repetidas variable Causas

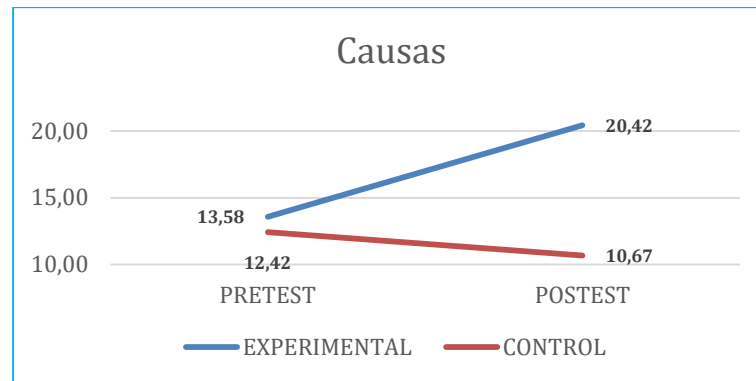


Tabla 6. ANOVA de medidas repetidas para variable ESCI Soluciones

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
Soluciones* GRUPO	1	247,521	78,399	0,000	0,781

Para la variable Soluciones (ver tabla 6), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 3. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es alto con un valor de 0,781.

Figura 3: ANOVA medidas repetidas variable Soluciones.

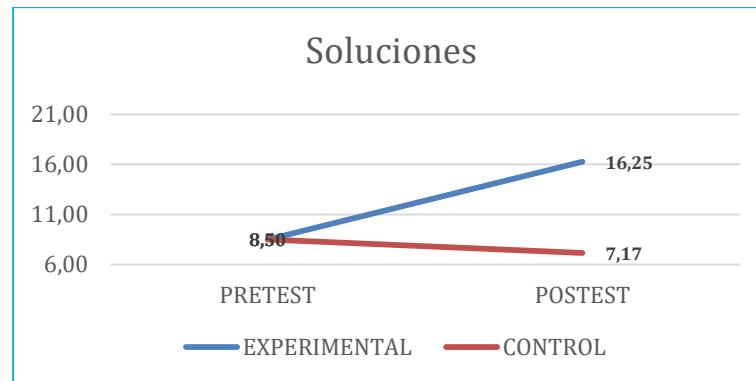


Tabla 7. ANOVA de medidas repetidas para variable ESCI Total.

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
ESCI Total* GRUPO	1	1323, 000	83,879	0,000	0,792

Para la variable ESCI Total (ver tabla 7), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances muy significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 4. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es Alto con un valor de 0.792.

Figura 4: ANOVA medidas repetidas variable ESCI Total

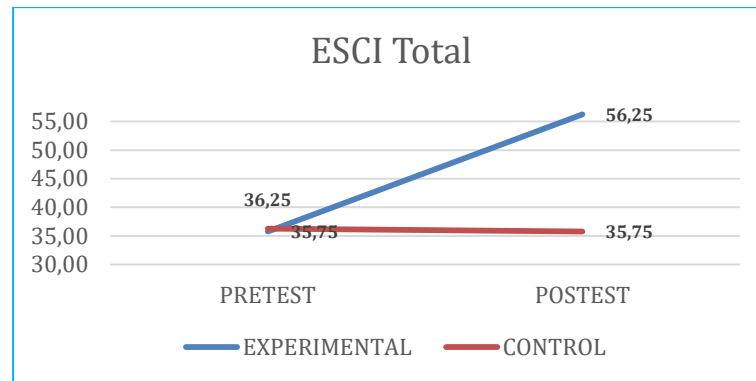


Tabla 8. ANOVA de medidas repetidas para variable TAMAI Personal

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
TAMAI PERSONAL* GRUPO	1	114,083	10,056	0,004	0,314

Para la variable TAMAI Personal (ver tabla 8), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 5. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es moderado-grande con un valor de 0,314.

Figura 5: ANOVA medidas repetidas variable TAMAI Personal.

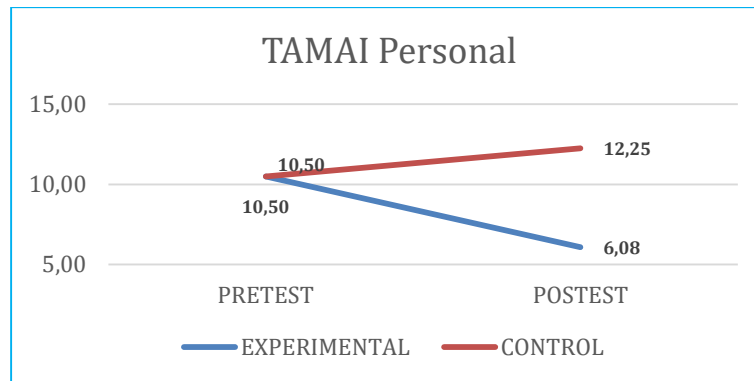


Tabla 9. ANOVA de medidas repetidas para variable TAMAI Social

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
TAMAI SOCIAL* GRUPO	1	31,688	7,406	0,012	0,252

Para la variable *TAMAI Social* (ver tabla 9), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 6. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es moderado-grande con un valor de 0,252.

Figura 6: ANOVA medidas repetidas variable TAMAI Social.

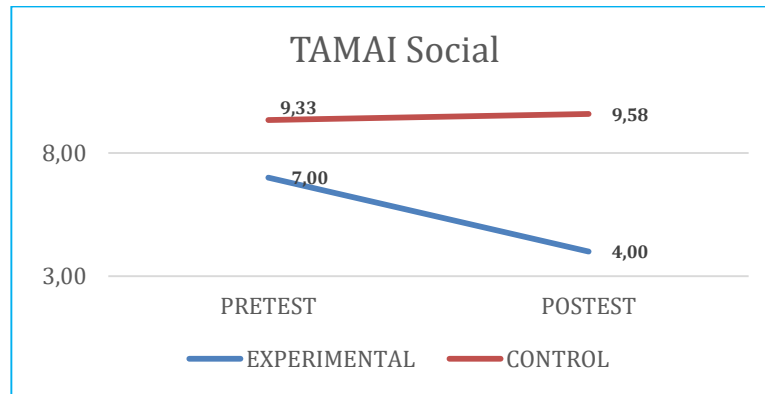


Tabla 10. ANOVA de medidas repetidas para variable TAMAI Escolar

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
TAMAI Escolar * GRUPO	1	188,021	11,769	0,002*	0,349

Para la variable *TAMAI Escolar* (ver tabla 10), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 7. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es moderado-grande con un valor de 0,349.

Figura 7: ANOVA medidas repetidas variable TAMAI Escolar.

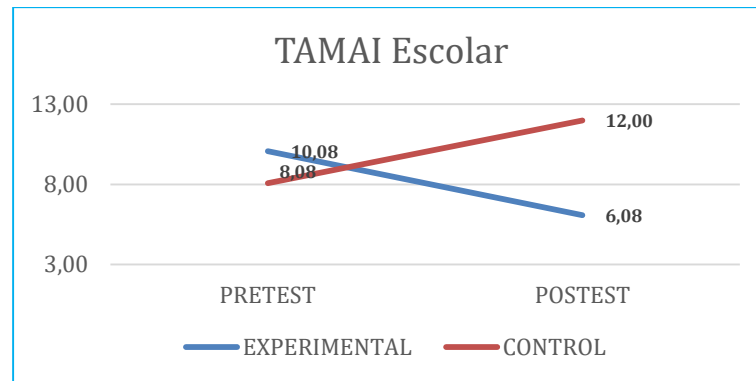


Tabla 11. ANOVA de medidas repetidas para variable *Inteligencia Razonamiento*

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
<i>Inteligencia Razonamiento*</i> GRUPO	1	56,333	47,820	0,000	0,685

Para la variable *Inteligencia Razonamiento* (ver tabla 11), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 8. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es grande con un valor de 0,685.

Figura 8: ANOVA medidas repetidas variable *Inteligencia Razonamiento*.

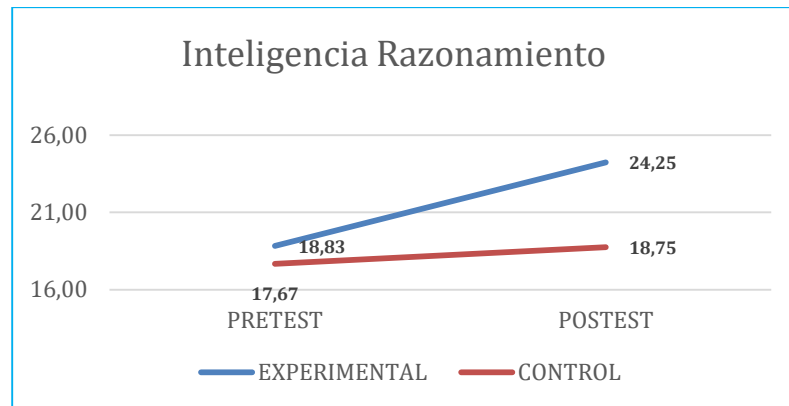
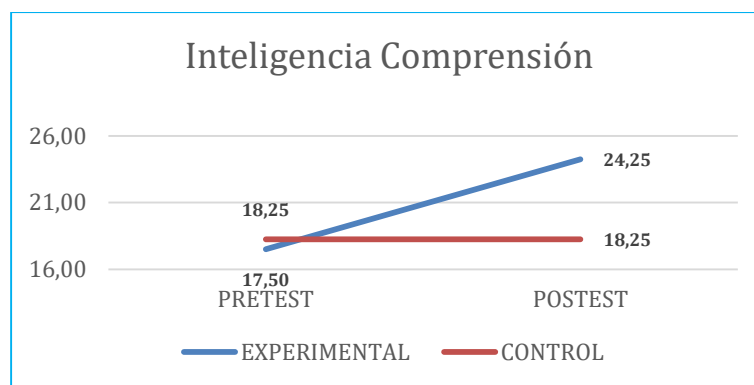


Tabla 12. ANOVA de medidas repetidas para variable *Inteligencia Comprensión*

Origen	gl	Media cuadrática	F	p	Eta al cuadrado parcial
<i>Inteligencia Comprensión*</i> GRUPO	1	136,687	88,121	0,000	0,800

Para la variable *Inteligencia Comprensión* (ver tabla 12), los resultados muestran que existen diferencias significativas en las puntuaciones del pretest al posttest entre el grupo experimental y el control ($p < 0,05$), observándose que el grupo experimental obtiene avances significativos con respecto al grupo control, tal como lo muestra la figura 9. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención en esta variable es grande con un valor de 0,800.

Figura 9: ANOVA medidas repetidas variable *Inteligencia Comprensión*.



Discusión

La presente investigación se desarrolló a partir de un objetivo principal el cual buscaba determinar el efecto del Programa de Entrenamiento en Habilidades Interpersonales de García-Martín y Calero (2019) sobre el nivel de Habilidades de Solución de Conflictos Interpersonales, el nivel de adaptación personal, social y escolar y el nivel en dos variables de inteligencia (razonamiento abstracto y comprensión social, medidas con dos subpruebas del WISC-IV).

En la evaluación pretest no se evidenciaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en los instrumentos (ESCI, TAMAI, SUB-PRUEBAS DEL WISC IV) entre grupo experimental y control en lista de espera, por lo que la distribución de los datos fueron inicialmente homogéneos en ambos grupos, lo que garantizó control de amenazas hacia la validez interna (Kazdin, 2001). De igual manera en la evaluación pretest las puntuaciones mostraron que los participantes presentaban problemas en las habilidades interpersonales (puntuación en ESCI total inferior a 57), así como desadaptación en las áreas personal, social y escolar y un nivel bajo de razonamiento y comprensión social. Esto es congruente con las características esperadas de acuerdo a su diagnóstico de Síndrome de Asperger, relacionado con el rechazo de sus pares en las relaciones sociales debido a su falta de habilidades (son vistas como inmaduras y rígidas), conduciendo a la frustración (Calle y Utria, 2004), y dificultades en el procesamiento de la información que implican amplios obstáculos en la reciprocidad social, reconocimiento y

expresión emocional que provocan las dificultades de comprensión de las claves sociales (Bonete et al, 2010).

En cuanto a la efectividad de la intervención, se encontraron diferencias significativas entre los datos posttest del grupo experimental y del grupo control en lista de espera, evidenciándose avances en todas las áreas (habilidades interpersonales, nivel de adaptación en las áreas personal, social y escolar y el nivel de razonamiento y comprensión) en los participantes del grupo experimental.

Inicialmente se observa que en las variables relacionadas con habilidades de solución de conflictos interpersonales, los cambios son muy significativos entre las puntuaciones del pretest al posttest, logrando en los participantes del grupo experimental mejorar sus habilidades para identificar y nominar emociones, inferir causas y plantear soluciones, mientras que los participantes del grupo control se mantuvieron en puntuaciones similares en el pretest y posttest, incluso en algunas de ellas, las puntuaciones tienden a empeorar en el posttest. Esto permite situar a los niños del grupo experimental fuera de la categoría de riesgo de presentar problemas interpersonales, pues obtuvieron puntuaciones superiores a 50 en el instrumento ESCI y llevarlos a un nivel considerado normal dentro del desarrollo de estas habilidades (puntuaciones de 57 o superiores). Estos resultados fueron coherentes con los hallazgos de otros estudios donde se ha aplicado el mismo programa de entrenamiento en HHII y que han reflejado su efectividad en población de niños con Asperger en España, (Calero, et al., 2012; Gómez-Pérez et al., 2014).

Con respecto a las variables relacionadas con el nivel de adaptación (personal, social y escolar) mostraron un cambio estadísticamente significativo las puntuaciones posttest del grupo experimental en comparación con el grupo control en lista de espera. Esto señala que, los niños disminuyeron el puntaje que reflejaba mayor desadaptación en estas áreas, logrando un ajuste en el área personal, equilibrando sus pensamientos, emociones o acciones aceptándose a sí mismos y

la realidad tal y como es; en el área social, realizando ajuste a las normas establecidas y consideración por los demás, (Hernández, 2004); y en cuanto a la adaptación escolar, mejorando ajuste con el ambiente escolar según sus pautas e interacciones (Álvarez, 1993). Lo anterior permite observar que la adquisición de nuevas habilidades permitió un mayor ajuste de los individuos a los diferentes contextos, en concordancia con otros estudios realizados a niños con Asperger de España, en donde se hallaron efectos positivos en diversos entornos a los cuales pertenecían los niños como asociaciones y comunidades con diferentes accesos a actividades y organización de recursos (Bonete, Calero, & Fernández-Parra, 2015). Adicional a esto se observa que estos cambios positivos no son causados por el paso del tiempo, ya que los participantes del grupo control o en lista de espera no mostraron ningún cambio positivo durante la intervención del grupo experimental; por el contrario, observamos que en las variables que median adaptación personal, social y escolar había una tendencia a un cambio negativo del grupo sin intervención.

Por su parte, las variables relacionadas con inteligencia (razonamiento y comprensión) dan cuenta de un aumento significativo en la puntuación posttest en los participantes del grupo experimental, mientras que el grupo control tiende a quedarse estable en las dos evaluaciones. Esto muestra que los participantes del grupo experimental mejoraron de forma significativa su capacidad de resolver problemas, planear y pensar de manera abstracta, percibiendo mayores detalles en su entorno, lo cual ayuda a un mejor razonamiento de las situaciones y comprensión de las mismas (Ardila, 2011). Por otro lado, se evidenciaba en la evaluación pretest que las puntuaciones tanto en razonamiento como en comprensión estaban por debajo del promedio, que luego del entrenamiento las puntuaciones no solo se ajustaron a las esperadas para su edad sino que incluso lograron superarlas permitiendo situar a los niños del grupo experimental por encima de la normalidad. (Flanagan & Kaufman, 2012; Wechsler, 2007). Nuevamente puede observarse

que los resultados en estas variables dan cuenta de la mejoría en procesos específicos relacionados con la inteligencia que intervienen directamente en el ajuste y adquisición de nuevas habilidades para la solución de conflictos interpersonales. Mejorando las características iniciales de los individuos relacionados con su diagnóstico como, poseer un pensamiento más concreto y literal, (García & Jorreto, 2005), la rigidez en la rutina y el desarrollo de intereses estrechos, lo que dificulta la socialización y solución de problemas a nivel social (Attwood, 2007; Bolick, 2007).

Con base en los resultados de las diferentes variables, observamos que se logra demostrar la eficacia del programa en Niños con Asperger Colombianos, siendo estos resultados pioneros, ya que en el panorama de la investigación en Colombia no hay evidencia científica de programas de habilidades interpersonales en este tipo de población.

Conclusiones

Como se ha evidenciado en estudios anteriores, las dificultades más comunes de los niños con Síndrome de Asperger están relacionadas con el ámbito social, en el cual presentan obstáculos para generar reciprocidad social, la nominación y expresión emocional debido a dificultades en el procesamiento de la información, lo cual no permite una comprensión de las claves sociales (Bonete et al, 2010), El programa de entrenamiento en Habilidades Interpersonales permitió un aumento en las habilidades de solución de conflictos interpersonales en niños con Asperger, permitiendo situarlos fuera del rango de riesgo teniendo en cuenta la identificación y expresión emocional, identificación de causas y generación de alternativas de solución, favoreciendo directamente una mayor adaptación a los diversos contextos en los cuales se desenvuelve el niño, ajustando sus características personales, las características del contexto social y escolar

evidenciado en los cambios estadísticamente significativos de los resultados del pretest y posttest para todas las variables en comparación del grupo experimental con el grupo control.

Finalmente los resultados de las diferentes variables de este estudio pueden interpretarse como una evidencia de los beneficios de aplicar la estrategia mediacional para entrenar habilidades interpersonales. Siendo coherente con los resultados encontrados en otros estudios realizados con este tipo de metodología, utilizada con éxito en programas similares administrados a una muestra de niños diagnosticados como niños sobredotados y con Asperger, en donde tras el entrenamiento se observó una mejoría en la capacidad para inferir causas y generar un mayor número de soluciones (Bonete, Calero, & Fernández-Parra, 2015; Bonete, Molinero, Mata, Calero, & Gómez-Pérez, 2016; Calero & García-Martín, 2014).

Limitaciones y sugerencias

En primera instancia, es pertinente mencionar que durante las primeras fases del entrenamiento los niños presentan dificultad para generalizar los ejercicios dados a una característica relacionada con su diagnóstico, sin embargo al avanzar en las sesiones generaban habilidades para solucionar de forma más eficaz, por tanto es importante tener en cuenta para próximas investigaciones generar un espacio que proporcione mayor cantidad de escenarios con el fin de favorecer mayor generalización.

Finalmente, considerando que el estudio se desarrolló con niños con Síndrome de Asperger, el cual no es un diagnóstico tan común en nuestro país, el acceso limitado a dicha población no permitió obtener una muestra mayor que pudiera permitir una mayor generalización de los resultados, por tanto es importante tener en cuenta para una próxima investigación, contar con el acceso a instituciones que congregan mayor cantidad de niños con un diagnóstico relacionado.

Referencias

Álvarez, B. (1993). La inadaptación escolar. *Aula abierta*, 61,19-64.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision), *DSM-IV-TR*. Washington: Author (Trad. Cast. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición-Texto Revisado*. Barcelona: Massón).

Araujo, E., Jane, M., Bonillo, A., Canals, J., Viñas, F. y Domenech, E. (2012). Prevalencia de la sintomatología del Síndrome de Asperger y variables asociadas en preescolares españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 44(2), 67-74.

Ardila, R. (2011). Inteligencia ¿Qué sabemos y qué nos falta por investigar? *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*. 35(134), 97-103.

Ayuda, R. y Martos, J. (2007). Influencia de la percepción social de las emociones en el lenguaje formal en niños con Síndrome de Asperger o autismo de alto funcionamiento. *Revista de Neurología*. 44(2), 57-S59.

Baron, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*, Oxford University Press, Estados Unidos: Alianza Editorial.

Bonete, S., Molinero, C., Mata, S., Calero, M. y Gomez-Perez, M. (2016). Efectividad de un programa manualizado de intervención en habilidades de resolución de problemas para niños con trastorno del espectro autista (TEA). *Psicothema*, 28 (3), 304-310.

Bonete, S., Calero, M., Fernandez-Parra, A. (2015). Group training in interpersonal problem-solving skills for workplace adaptation of adolescents and adults with Asperger Syndrome: A preliminary study. *Autism*, 19 (4), 409-420.

- Bonete, S., Vives, C., Fernández, A., Calero, M. y García, M. (2010). Potencial de aprendizaje y habilidades sociales en escolares con el Trastorno de Asperger. *Psicología conductual*. 18(3), 473-490.
- Calero, M. D., García-Martín, M. B. (2005). Habilidades interpersonales y afrontamiento al fracaso: un método de entrenamiento para niños superdotados. *Revista electrónica mente y conducta en situación educativa*, 2, 1-10.
- Calero, M. D., García-Martín, M. B., & Bonete, S. (2012). *Programa de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas interpersonales para niños*. Granada: Sider.
- Calle de Medinaceli, J. y Utria, O. (2004). Trastorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Revista latinoamericana de psicología*. 36(3), 517-530.
- Campbell, J., (2005). Diagnostic Assessment of Asperger's Disorder: A Review of Five Third-Party Rating Scales. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 35 (1), 25 - 35.
- Castillo, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Balluerka, N. (2013). Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents. *Journal of Adolescence*, 36, 883-892. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.07.001
- Corsi, E., Guerra, C. y Plaza, H. (2007). Diseño, implementación y evaluación de un programa de manejo conductual para padres de niños con Síndrome de Asperger. *Psicología Conductual*. 15(2), 253-266.
- Dalmaschio, L., Dias de Oliveira, Serrano, J. y Nakamura, E., (2016). Aplicación clínica de la escala de autismo en los niños. *Revista cubana de pediatría*. 88 (2), 406-416.

- De la Iglesia, M. y Olivar, J., (2008). Intervenciones sociocomunicativas en los trastornos del Espectro Autista de Alto Funcionamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 13 (1), 1-19.
- Ehlers, S., Gillberg, C. y Wing, L. (1999). A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 29(2), 129–141.
- Engelberg, E., & Sjoberg, L. (2005). Emotional intelligence and interpersonal skills. En: R. Schulze & T. D. Roberts (Eds.). *International Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 289-308) Massachussetts: Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández, A., Martín, D., Calleja, B. y Muñoz, N. (2007). Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*. 44(Supl2), S53-S55.
- García, E., & Jorreto, R. (2005). Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar. Actas de la jornada científico-sanitaria sobre síndrome de Asperger. Sevilla: Asociación Asperger Andalucía.
- García-Martín, M.B. & Calero, M.D. (2019). ESCI: Solución de Conflictos Interpersonales. Cuestionario y Programa de entrenamiento. México: Manual Moderno.
- Gillberg, C., Gillberg, I., Rastam, M. y Wentz, N. (2001). The Asperger syndrome diagnostic interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism*, 5: 57-66.
- Gómez, M., Mata, S., García, M., Calero, M., Molinero, C., y Bonete, S. (2013). Valoración de un programa de habilidades interpersonales en niños superdotados. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 46(1), 59-69.

- Gómez-Pérez, M. M., Mata-Sierra, S., García-Martín, M. B., Calero, M. D., Molinero, C., & Bonete, S. (2014). Valoración de un programa de habilidades interpersonales en niños superdotados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 59-69.
- Granizo, L., Naylor, P. y del Barrio, C. (2006). Análisis de las relaciones sociales de los alumnos con Síndrome de Asperger en escuelas integradas de secundaria: un estudio de casos. *Revista de psicodidáctica*. 11(2), 281-292.
- Gutiérrez, S. (2015). *Educación emocional en alumnado con Trastorno del Espectro Autista* (Tesis de maestría). Universidad de Valladolid, España.
- Hernández, J., Artiagas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belichón, M.,... Posada, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*. 41(4), 237-245.
- Hernández, P. (2004). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI* (5ª Ed. Revisada). Madrid. TEA Ediciones.
- Hernández, P. (2007). *TAMAI, Test Auto-evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*, Madrid, España: TEA Ediciones.
- Hurlbutt, K. y LaPlante, E. (2010). Social Issues Surrounding the Adolescent with Asperger Syndrome: perceptions of parents and teacher. *Minnesota State University, Mankato*. 82-95.
- Javaloyes, M. (2004). Autismo: criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial. *Pediatría Integral*. VIII (8), 655-662.
- Jiménez, G. (2007). Prueba: Escala Wechsler de inteligencia para el nivel escolar (WISC-IV).

Avances en medición, 5, 169-171.

Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson.

Kenny, L., Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C y Pellicano, E. (2015). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism*, 20 (4), 1-21.

Klin, A., Volkmar, F. y Sparrow, S. (2000). *Asperger Syndrome*. Nueva York: Guilford.

Klin, A. (2002). Asperger Syndrome: an update. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25(2), 103-109.

López, S. y Cajal, C. (2007). Curso y pronóstico del trastorno autista. *Pensamiento Psicológico*. 3(8), 19-29.

López, R. y Munguía, A. (2008). Síndrome de Asperger. *Revista del Postgrado de Psiquiatria UNAH*. 1(3), 6-9.

Margulis, L. (2009). Funcionamiento de los sistemas de memoria en niños con Trastorno Autista y Trastorno Asperger. *Revista Argentina de Neuropsicología*. 13, 29-48.

Martin, M y Martin, A. (1989). La adaptación escolar. Bases explicativas, problemas e intervención en el aula. *Revista Pedagógica Tabanque*. (5), 31-44.

Martín, P. (2005). Perfil lingüístico del individuo con síndrome de Asperger: implicaciones para la investigación y la práctica clínica. *Revista de neurología*. 41(supl 1), S115-S122.

Hernandez, O., Risquet, D. y Leon, A. (2015). ¿Síndrome de Asperger o buena evolución de un autismo infantil?. *Medicent Electrón*. 19 (4), 267-270.

- Molinero, C. (2015). *Análisis psicométrico de la prueba de Evaluación de solución de Conflictos Interpersonales (ESCI)* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Granada, España.
- Morales, P., Domenech-Llaveria, E., Jane, M. y Canals, J. (2013). Trastornos leves del espectro autista en educación infantil: prevalencia, sintomatología co-ocurrente y desarrollo psicosocial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 18 (3), 217-231.
- Morrison, R. y Blackburn, A. (2008). Take de challenge: building social competency in adolescents with Asperger's Syndrome. *Teaching exceptional children plus*. 5(2), 1-17.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Milla, M., Etchepareborda, M. y Montserrat, L. (2010). Modelos de intervención en niños con Autismo. *Revista de Neurología*. 50(supl 3), S77-S84.
- Naranjo, R. (2014). Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. *NOVA-Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*. 12(21), 81-101.
- Paula, I. y Martos, J. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de Alto Funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología*. 48(supl 2), S31-S34.
- Pelechano, V. (1984). Inteligencia social y habilidades interpersonales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10(26), 393-420.
- Pelegrín, A. y Garcés de Los Fayos, E. (2008). Variables contextuales y personales que inciden en el comportamiento violento de un niño. *European Journal of Education and Psychology*. 1(1), 5-20.
- Pérez, P. y Martínez, L. (2014). Perfiles cognitivos en el Trastorno Autista de Alto Funcionamiento y el Síndrome de Asperger. *Revista CES de psicología*. 7(1), 141-155.

- Regis, P. (2016). Arteterapia y síndrome de Asperger: ¿Por qué y para qué? *Sophia*. 12(2), 187-194.
- Ribes, E. (1980). Consideraciones metodológicas y profesionales sobre el análisis conductual aplicado. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*. 1(6), 82-102.
- Scott, F., Baron-Cohen, S., Bolton, P. y Brayne, C. (2002). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children. *Autis*, 6(1),9-31
- Sepúlveda, L., Medrano, C., y Martín, P. (2010). Integración en el aula regular de alumnos con Síndrome Asperger o Autismo de Alto Funcionamiento: una mirada desde la actitud docente. *Bordón*. 62(4), 131-140.
- Toth, K. y King, B. (2008). Asperger's síndrome: diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry*. 165(8), 958-963.
- Wechsler, D. (2007). WISC-IV: *Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV: Manual de Aplicación* (Gloria Padilla, trad.). Mexico: Ed. El Manual Moderno. (Obra Original Publicada en 2003).
- Zúñiga, M. (2009). El síndrome de Asperger y su clasificación. *Revista Educación*. 33(1), 183-186.